Dr. PEDRO CHUTRO

4

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DEL

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CALCANEO

EXTRACTO DE LA «REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA»

PÁGINA 537, 1909



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» — IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1909

Dr. PEDRO CHUTRO

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DEL

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CALCANEO

EXTRACTO DE LA «REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA»

PÁGINA 537, 1909

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» — IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1909

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DEL

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CALCANEO

POR EL DOCTOR PEDRO CHUTRO
Cirujano del Hospital Teodoro Alvarez

A medida que se ha ido conociendo el mecanismo y las complicaciones de las fracturas se han cambiado los viejos procedimientos de curación por otros más radicales, que están de acuerdo con los conocimientos adquiridos. Pero quedan aún muchos vacíos para llenar, y entre éstos se encuentra el tratamiento de las fracturas del calcáneo y sus consecuencias; una simple revista de los textos clásicos basta para darse cuenta de la poca extensión que se ha dado á este capítulo.

Nuestra intención no es de estudiar el tratamiento de todas las fracturas del calcáneo, sino la de limitarnos á una determinada forma y sobre todo á sus consecuencias.

Nos servirá de base á este estudio un caso muy interesante de fractura de los dos calcáneos, cuya historia clínica es la siguiente:

Félix O., 20 años. Ingresa á la sala 1.ª el 31 de diciembre de 1908, libro 2, pág. 201.

Observaciones tomadas el 2 de enero: Antecedentes de enfermedades anteriores: sin importancia.

Su enfermedad actual se ha desarrollado del siguiente modo:

hace dos meses iba corriendo á caballo en el campo; el animal se asustó y dió con el ginete en tierra. Este cayó parado encajando los talones en la tierra y en esta posición, por inercia, deslizó, dejando un surco como de 30 centimetros de largo. Inmediatamente sintió un agudo dolor en ambos talones, al que siguió un desmayo de más de una hora. Arrastrándose hizo unas cuadras hasta llegar á su casa, donde él mismo se envolvió los piés con unas vendas, pues á causa del intenso dolor no permitió que ninguno lo tocara. Permaneció un mes en reposo y al cabo de este tiempo ensayó de hacer unos pasos, pero los dolores eran aún tan fuertes que tuvo que volver á la cama. Varias veces hizo la misma tentativa, siempre con idéntico resultado.

En vista de que no mejoraba me lo enviaron para que lo tratara.

Ingresó al Servicio en el siguiente estado: viene desde la cama á la consultación con una marcha sumamente rara. Camina con una excesiva lentitud, balanceándose hacia los costados, con las rodillas en flexión, pisando primero con el antepié (como quien quisiera marchar furtivamente), no dejando de tener cierto parecido con la marcha de los Littles.

Pie derecho.—A la inspección, y visto de perfil, el pié aparece como subluxado hacia adelante; el tendón de Aquiles como que estuviera en contacto con la cara posterior de los huesos de la pierna; desde el maleolo externo hasta la cara posterior del tendón de Aquiles hay solo tres centimetros. Además el tarso posterior aparece tan ensanchado que sobrepasa el límite de la saliencia de los maleolos. Siguiendo la inspección se constata el borramiento de la bóveda plantar, pero sin valgus.



Fig. I.—Impresión plantar del lado derecho

El examen manual muestra que los maleolos y el cuello del pié son normales; los movimientos limitados solo en los puntos extremos y no dolorosos.

Esta palpación permite constatar que el ensanchamiento del tarso es debido al notable aumento del diámetro transverso del calcáneo. Además se observa la existencia de una cresta saliente, larga y muy delgada en casi toda la cara externa del calcáneo,

dirigida de arriba á abajo, y de atrás á adelante; paralela y contigua á esta cresta hay una depresión que da la impresión de rasgo de fractura. Toda esta linea es muy dolorosa á la presión. En el lado interno el examen no revela nada claro debido á la existencia de un espesamiento uniforme de todo el hueso que ha borrado los relieves normales. Acortamiento marcado del calcáneo en el sentido del gran eje.

El calcáneo ha perdido la concavidad normal de la cara inferior, que hoy es casi convexa; además la inclinación normal de 30° sobre el suelo ya no existe, siendo casi horizontal. Esto unido al descenso de los huesos del tarso anterior, ha traido como consecuencia un pié plano, pero no valgo.

Pié izquierdo.—En este lado las lesiones son más claras. El ensanchamiento transversal del calcáneo no es tan pronunciado, pues no sobrepasa el nivel de los maleolos. El acortamiento del calcáneo no es tan pronunciado como en el lado opuesto. Se constata también la existencia del reborde calloso, flanqueado por un surco sumamente claro, dirigido de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante. El tendón de Aquiles forma más relieve que en el lado opuesto. En cambio la convexidad de la cara inferior del calcáneo y el plano del pie son, al parecer más pronunciados que en el lado opuesto. El cuello del pié libre.



Fig. II.--Impresión plantar del lado izquierdo

El doctor Carelli, con su reconocida habilidad y competencia nos ha proporcionado las radiografias de esta comunicación.

25 de enero.—Operación doctor Chutro.—Raquianestesia con 5 centímetros de stovaina. Sobre la cuña de Lorenz se hace la movilización de las articulaciones del medio del pié hasta llegar al varus.

P. D. Incisión de 5 cents., que partiendo del tendón de Aquiles se dirige oblicuamente de arriba á abajo y de atrás hacia adelante, sobre la cara externa, hasta llegar á la cara plantar. Tenotomia del tendón de Aquiles. Osteotomía oblicua de la parte posterior del calcáneo, en la dirección de la incisión cutánea.

Con el escoplo, haciendo de palanca, se hace descender un centímetro al fragmento posterior y se lo fija en esta posición con un tornillo de Lambotte. Sutura de la piel. Apósito.

L. I. La misma operación. Al fragmento posterior se le hace descender un centímetro y medio. Sutura Apósito.

En ambos piés se coloca un vendaje enyesado, en la posición de varus.

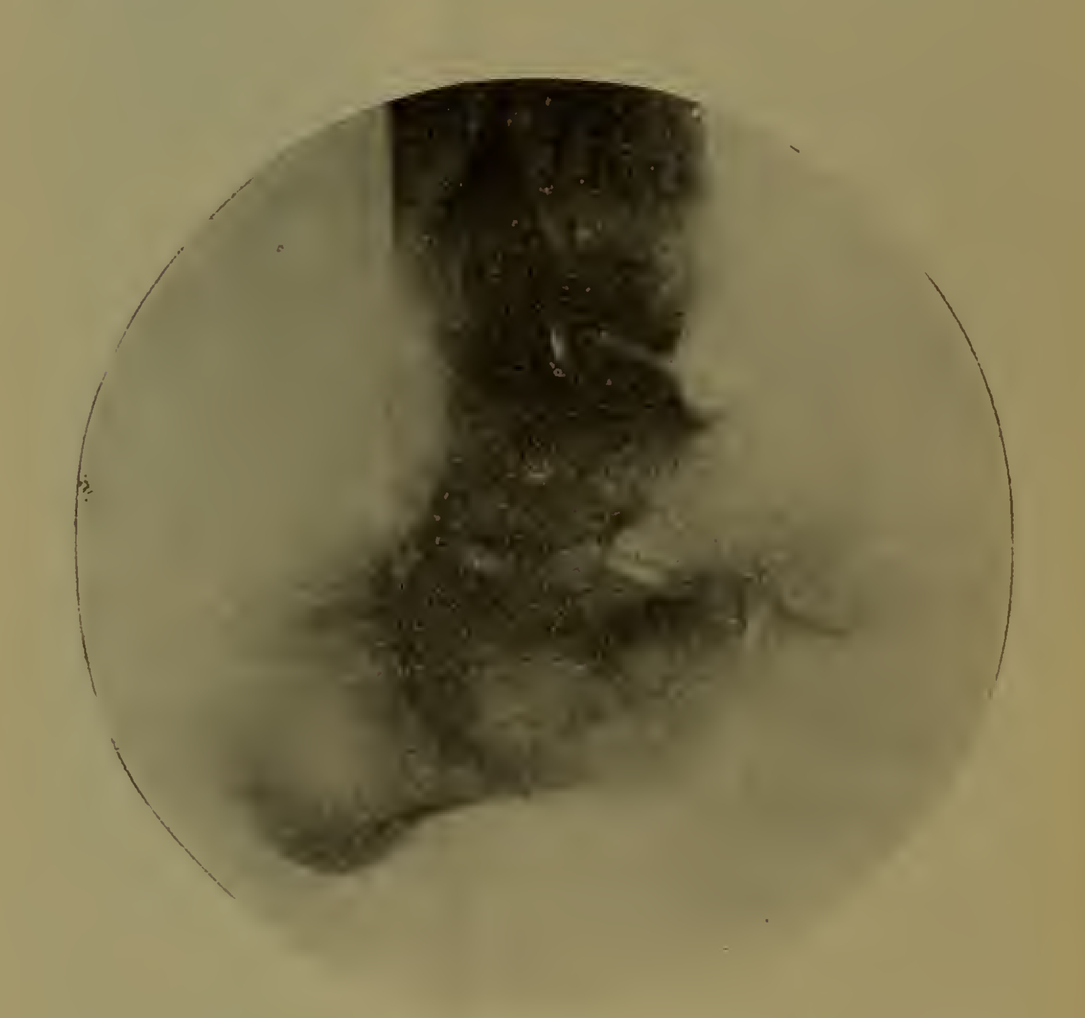


Fig. III.—Radiografía del pié izquierdo visto del lado interno, tomada antes de la operación

26 de enero.—Ninguna perturbación por la stovaina. Tiene algunos dolores en la herida. El yeso teñido de sangre.

21 de febrero.—Se le retira el primer aparato de yeso y se le extraen los tornillos. La herida principal completamente cicatrizada. Nuevo aparato de yeso en la misma posición.

15 de marzo.—Se renueva el enyesado; las heridas de los tornillos completamente cicatrizadas.

1.° de mayo.—Se le quitan definitivamente los aparatos, en-

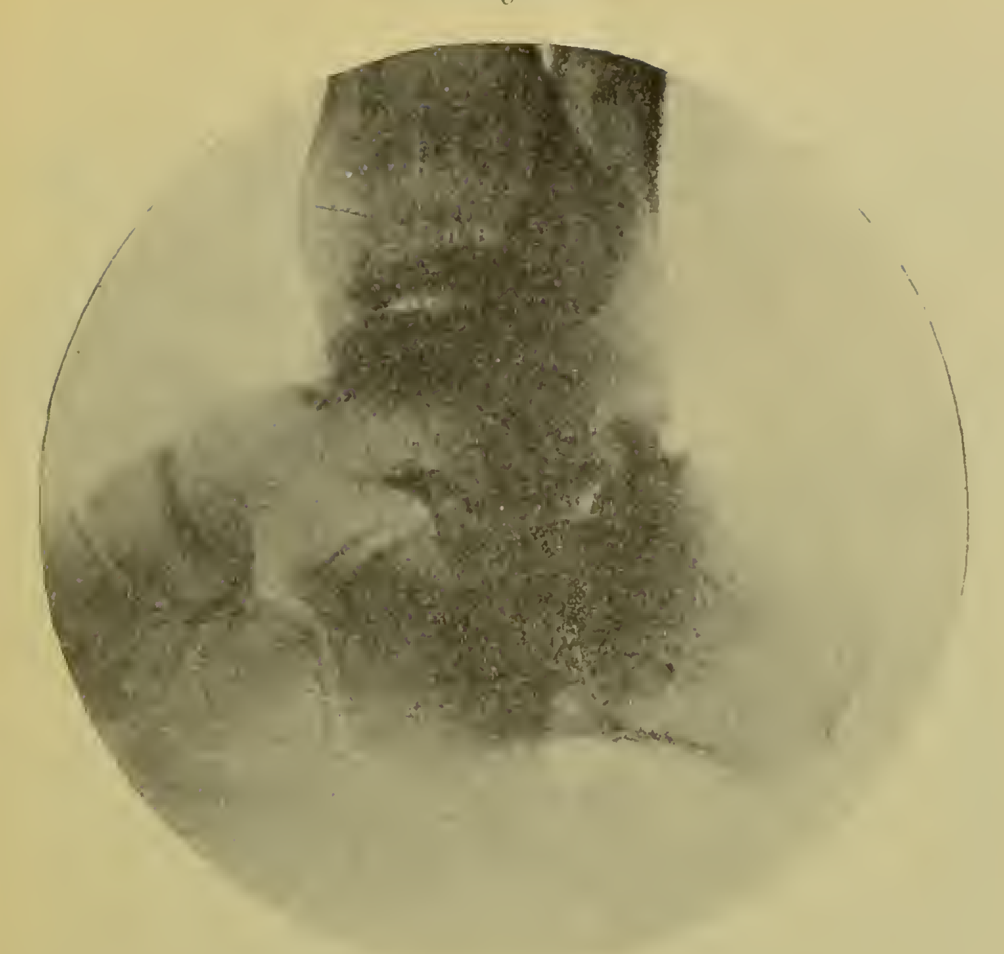


Fig. IV.—Radiografia del pié derecho, visto del lado interno, tomada antes de la operación.



Fig. V.—Impresiones plantares tomadas al salir de alta.

contrándose los fragmentos perfectamente consolidados. Se le hacen, provisoriamente, unas plantillas de metal, con botines de Withman y empieza á caminar.

Después de un mes se le toman las impresiones plantares y radiografías adjuntas.



Fig. VI.—Pié izquierdo, visto del lado interno después de la operación.

15 de julio.—Sale de alta. La marcha casi indolora, pero siempre característica, debido al acortamiento del tarso posterior. El plano del pie ha desaparecido: se ve muy bien la saliencia que forma el fragmento descendido.



Fig. VII.—Pié derecho, visto del lado interno después de la operación.

Este caso se presta para hacer algunas consideraciones. Al relatar su historia clínica no hemos hecho más que mencionar la existencia de una fractura del calcáneo, y la atención ha sido dirigida en especial al tratamiento de sus consecuencias. Veamos ahora de qué clase de fractura se trata y cómo se ha producido.

Para esto es necesario requerir el auxilio de la radiografía, pues por el examen manual y sobre todo tratándose de casos viejos, es muy difícil establecer bien la forma de la lesión.

La caída sobre los talones, del modo como ha sucedido en nuestro enfermo, es la causa del tipo de fractura llamado «por encajamiento».

Dentro de la clasificación dada por Morel este caso encuadraría entre las fracturas del «tálamo» calcaneano.

El mecanismo es simple: el calcáneo ha sufrido un choque cuya acción se ha dirigido de abajo hacia arriba y de atrás hacia adelante; por otra parte el astrágalo ha transmitido todo el peso del cuerpo, actuando sobre la gran superficie articular del calcáneo, ó sea el tálamo. La mitad posterior del astrágalo ha deprimido y fracturado dicho tálamo.

Examinando la radiografía del lado derecho se observa que el astrágalo se ha encajado algo en el calcáneo; que la convexidad del tálamo ha desaparecido. Se han producido rasgos de fractura horizontales en la parte central, con algunas irradiaciones hacia la periferia que colocan á la lesión entre las fracturas del tálamo de segundo grado.

La apófisis posterior del astrágalo ha hecho estallar un fragmento óseo de la cara superior del calcáneo. La gran apófisis intacta, pero descendida, habiendo perdido el calcáneo el ángulo de inclinación que normalmente forma con el suelo.

En el lado izquierdo la lesión es también de segundo grado, pero las irradiaciones se han dirigido más hacia la gran apófisis que á la parte posterior. Aquí puede verse muy claramente el hundimiento producido por el astrágalo en el calcáneo; la apófisis astragalina posterior aparece

á un medio centímetro más abajo que la cara superior del calcáneo.

No insistiendo más en estos detalles que están muy claros en la radiografía, veamos las consecuencias de esta lesión.

Ante todo un acortamiento marcado del tarso posterior lo que de por sí es un obstáculo para la marcha. Luego, á causa del cambio de posición sufrido por el calcáneo, mejor dicho, á causa del descenso de la gran apófisis y del borramiento de la concavidad inferior normal, ha sobrevenido un pié plano traumático, doloroso, que le hace la marcha casi imposible. El valgus no es muy pronunciado; el escafoides hace ligera prominencia en la cara interna. El plano se ha hecho por aplastamiento de la bóveda plantar, como si los ligamentos se hubieran roto ó distendido; la convexidad del dorso del pié también ha desaparecido.

Ante un caso tan grave y complejo el tratamiento se hacía muy complicado; aquí no se podía pensar en tratar la fractura puesto que ya estaba consolidada, de modo que toda nuestra atención se dirigió especialmente al pié plano que la agravaba.

El masage no nos hubiera dado ningún resultado apreciable; la inmovilización hubiera calmado los dolores temporariamente y nada más.

Pensamos hacer una simple reducción del plano con la cuñade Lorenz, pero eso no hubiera sido suficiente por la deformación del calcáneo, que hubiera llevado á la reproducción de la lesión.

Entonces decidimos combinar esta maniobra con un procedimiento que debe ser de excepción en el tratamiento del pié plano, pero que nos parecía muy á propósito para nuestro caso, y es la operación de Gleich. Ella nos permitió

devolver la concavidad á la cara inferior del calcáneo y restablecer la forma casi normal de la bóveda.

Efectivamente, el mejor resultado ha coronado nuestros esfuerzos, y este resumen tiene por objeto dejar constancia de ello.
